



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015-2016

ALSH MONIQUE SALUSTE

Cette fiche est à remplir obligatoirement par le(s) responsables légal(aux) de l'enfant AVANT toutes réservations à l'ALSH.

Renseignements concernant l'enfant

Nom et Prénom : _____ / Sexe: M F

Date et lieu de naissance: _____

Ecole: _____ / Classe: _____

Informations médicales

Médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone): _____

Observations particulières (traitement médical, régimes alimentaires, allergies...): _____

_____ / Groupe sanguin: _____

Avez vous signé(e) un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Si un traitement médical doit survenir en cours d'année, merci de le signaler au responsable de la structure.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Renseignements concernant les responsables légaux de l'enfant

Situation familiale Célibataire Mariés Séparés Divorcés Vie maritale PACS

1 - Nom et prénom (Père): _____

Adresse : _____

Téléphone fixe: _____ / Téléphone portable: _____

Email: _____

Profession: _____ / Téléphone professionnel: _____

2 - Nom et prénom (Mère): _____

Adresse : _____

Téléphone fixe: _____ / Téléphone portable: _____

Email: _____

Profession: _____ / Téléphone professionnel: _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (Si les parents sont injoignables):

Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____

Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____

Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____

Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____

Catégorie socio professionnelle

Merci de cocher la case correspondant à votre catégorie socio professionnelle

REGIME GENERAL

Salariés du secteur privé, des entreprises artisanales, commerciales / Travailleurs indépendants, artisans commerçants et professions libérales / Inactifs sans revenus de substitution / Inactifs avec revenus de substitution du régime général (retraites, pensions, chômage, maladie, maternité, AT, RMI, AAH, APE...) / Fonction publique hospitalière / Fonction publique territoriale (mairies, conseil général et régional) / Agents contractuels des administrations d'Etat / Agents titulaires de la fonction publique d'Etat / Agents titulaires de l'éducation nationale / Artistes, auteurs, compositeurs / La poste / France Télécom / Union minière / EDF GDF

MSA

Salariés et exploitants agricoles / Ostréiculteurs / Salariés des caves coopératives agricoles / Salariés des parcs et jardins / Aides familiaux agricoles / Salariés du crédit agricole / Salariés des golfs ...

AUTRES REGIMES

Caisse maritime / Caisse nationale de navigation intérieure / SNCF et filiales / RATP

Autorisation parentale

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) autorise mon enfant:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| . à être photographié par l'équipe du centre de loisirs | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . à diffuser sa photo sur Internet, articles de presse, plaquettes d'information... | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'ALSH "Monique Saluste" | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . à effectuer des trajets en bus | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . à effectuer des trajets en mini bus conduit par le personnel du centre de loisirs | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| . à concevoir et consommer des préparations culinaires sur place | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autorisation de sortie

1 - Mon enfant peut rentrer seul chez lui:

Je soussigné(e) _____
responsable légal(e) autorise mon enfant à partir seul du centre de loisirs situé Avenue du Bosquet à Portiragnes Plage .

2 - Mon enfant ne peut pas rentrer seul chez lui.

Liste des personnes autorisées à venir le récupérer à l'ALSH (en dehors des responsables légaux)

Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____
Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____
Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____
Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____
Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____
Nom, Prénom, Téléphone(s), Lien de parenté: _____

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure (ou un animateur le cas échéant) à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie locale et générale, intervention chirurgicale, faire intervenir le médecin traitant ou celui rattaché à la structure, faire appel aux services d'urgence) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage également à informer le responsable de la structure si les informations doivent être modifiées.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et en accepter les termes.

Fait à PORTIRAGNES, le _____
Signature du représentant légal (précédée de la mention "lu et approuvé")

Liste des pièces à fournir obligatoirement lors de toute inscription d'un enfant:

- . Attestation d'assurance en responsabilité civile
- . Photocopie carnet de vaccination